

Análisis de la violencia del paciente en atención primaria

M.A. Moreno Jiménez^a, F. Vico Ramírez^a, F.J. Zero lo Andrey^a, A. López Rodríguez^a, P. Herrera Serena^b y M.J. Mateios Salido^c

Objetivo. Determinar la frecuencia de la violencia en atención primaria y analizar sus causas. Estudiar las consecuencias y su relación con el *burnout* y la desmotivación profesional.

Diseño. Estudio descriptivo, transversal.

Emplazamiento. Atención primaria.

Participantes. Participaron en el estudio 68 médicos de atención primaria de 4 distritos de la provincia de Jaén (n = 350; 19%).

Mediciones principales. Cuestionario diseñado *ad hoc*, autoadministrado y enviado por correo, que incluía datos de filiación, laborales y opinión sobre causas de *burnout* y violencia, consecuencias de ésta y actitudes del Servicio Andaluz de Salud y organizaciones profesionales (fiabilidad global, alfa de Cronbach: 0,7898).

Resultados. El 58% de los encuestados había presentado alguna agresión (un 85% abuso verbal, un 67,5% amenazas y un 12,5% agresión física). Ser agredido se asoció a atribuir a los pacientes la responsabilidad (odds ratio [OR] = 7,6; intervalo de confianza [IC] del 95%, 2,5-23), hacer guardias (OR = 6,3; IC del 95%, 1,2-33), rigidez (OR = 3,5; IC del 95%, 1,2-10,7), manejo inadecuado de situaciones emotivas (OR = 3,2; IC del 95%, 1,1-9,2) e incompetencia (OR = 5,2; IC del 95%, 1,6-17). La violencia fue la causa menos valorada de *burnout* y se asoció a menor gratificación del trabajo (OR = 2,9; IC del 95%, 1,0-7,8). También se asoció a irritación contra el Servicio Andaluz de Salud (OR = 2,8; IC del 95%, 1,0-7,5) y a temor a la desmotivación (OR = 2,8; IC del 95%, 1,0-7,5), la cual a su vez se asoció a la pérdida de prestigio social (p < 0,01), a sentimiento de baja autoestima (p < 0,01) y a depresión (p < 0,01).

Conclusiones. La frecuencia es mayor que los datos de la Organización Internacional del Trabajo. La violencia se asocia a desconfianza, falta de comunicación asistencial e incompetencia. Es la causa menos valorada de *burnout* y se asocia a menor gratificación laboral y mayor temor a la desmotivación.

Palabras clave: Agresión. Relaciones médico-paciente. Violencia. *Burnout* profesional. Relaciones interpersonales. Motivación.

ANALYSIS OF PATIENTS' VIOLENCE IN PRIMARY CARE

Objective. Main aim: to determine the frequency of violence in primary care. Secondary aims: to analyse its causes, consequences and connection with professional burnout and reduced motivation.

Design. Transversal, descriptive study.

Setting. Primary care.

Participants. 68 primary care doctors from 4 districts in the province of Jaén (350, 19%).

Main measurements. Self-administered questionnaire with an ad hoc design, sent out by mail and including personal and job details and doctors' views on the causes and consequences of burnout and violence, and the attitudes of the Andalusian Health Service (SAS) and professional bodies (overall reliability, Cronbach's alpha = 0.7898).

Results. 58% had suffered aggression (85% verbal abuse, 67.5% threats, 12.5% physical aggression). Being attacked was linked with attributing the responsibility to the patients (odds ratio [OR]=7.6, 95% confidence interval [CI], 2.5-23), with doing extra shifts (OR=6.3; 95% CI, 1.2-33), rigidity (OR=3.5; 95% CI, 1.2-10.7), inadequate handling of emotive situations (OR=3.2; 95% CI, 1.1-9.2) and incompetence (OR=5.2; 95% CI, 1.6-17). Violence scored the lowest as cause of burnout and was linked to the job being less rewarding (OR=2.9; 95% CI, 1.0-7.8). It was linked to irritation with the SAS (OR=2.8; 95% CI, 1.0-7.5) and fear of reduced motivation (OR=2.8; 95% CI, 1.0-7.5), with this latter being linked to loss of social prestige (P<.01), feeling low self-esteem (P<.01), and depression (P<.01).

Conclusions. Violence is more common than in the figures given by the International Labour Organisation. It is associated with distrust, lack of communication in health care delivery and incompetence. It is the cause of burnout that is least appreciated and it is linked to the job being less rewarding and to greater fear of reduced motivation.

Key words: Aggression. Doctor-patient relationship. Violence. Professional burnout. Personal relationships. Motivation.

^aCentro de Salud de Mancha Real (Distrito Sanitario de Jaén). Mancha Real. Jaén. España.

^bConsultorio de Los Villares. Los Villares. Jaén. España.

^cServicio de Oncología Médica. Hospital Médico-Quirúrgico. Complejo Hospitalario de Jaén. Jaén. España.

Correspondencia: Miguel Ángel Moreno Jiménez.
Avda. Muñoz Grandes, 4, 5.º B.
23007 Jaén. España.
Correo electrónico:
med015108@saludalia.com

Manuscrito recibido el 4 de marzo de 2004.

Manuscrito aceptado para su publicación el 29 de noviembre de 2004.

Este artículo fue presentado parcialmente como comunicación oral en el XXIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. El primer autor ha colaborado con la revista *FMC* en la elaboración de un editorial basado en este artículo con el título «El médico de familia ante la violencia verbal del paciente».

Introducción

En Europa, según la Organización Internacional del Trabajo, de todos los trabajadores son los de las administraciones públicas el colectivo que sufre mayor porcentaje de amenazas en el trabajo (12%), y los profesionales de la salud son los que concentran la mayoría de actos violentos (24%), por encima de los trabajadores de la educación (7%), seguridad (2%) o policía (5%)¹.

Los datos con relación a la violencia hacia los médicos de atención primaria son escasos y variables, y no hay estudios de campo de las compañías de seguros (comunicación personal). El porcentaje de médicos agredidos descrito oscila entre el 30 y el 60%²⁻⁴, la incidencia en el medio hospitalario es de 0,93 por 1.000 actos médicos⁵ y la frecuencia percibida es exponencialmente creciente^{4,6}. Esto ha dado lugar a iniciativas como la elaboración de registros, guías para la prevención y abordaje integral de las agresiones^{7,8} y la contratación de seguros⁹, promovidas fundamentalmente por los colegios de médicos.

Los abusos verbales son su manifestación más frecuente (44-54%), seguidos de las amenazas, una forma de violencia verbal más grave (26-28%) y las agresiones físicas, cuyo porcentaje es del 28% en Cataluña⁴ e inferior a lo largo del tiempo en países anglosajones (del 7,6 al 0,3%). En la práctica la violencia verbal de los pacientes incluye un amplio abanico de conductas a menudo solapadas con otras como el acoso sexual, especialmente entre mujeres y residentes^{10,11}.

Las causas de violencia en el medio anglosajón se han relacionado clásicamente con las demoras en la atención, sobre todo domiciliaria³, y en nuestro medio con la lealtad al sistema sanitario¹² y la denegación de peticiones⁴. El perfil del agresor corresponde clásicamente a población marginal, como alcohólicos, toxicómanos y pacientes psiquiátricos^{5,13}. Las habilidades del médico de familia en comunicación asistencial influyen en la satisfacción y salud del paciente¹⁴, y su carencia se traduce en la aparición de la violencia toda vez que la rigidez en el ejercicio profesional puede favorecerla¹².

La violencia puede generar múltiples consecuencias^{2,11,15}, que también pueden ser comunes al *burnout* del médico de familia, y entre ellas figuran la insatisfacción laboral, la disfunción familiar y social y las enfermedades psiquiátricas¹⁶⁻¹⁹. En particular, no se ha estudiado claramente el papel que puede desempeñar la violencia en la aparición de la desmotivación de los médicos de familia, así como el tipo de desmotivación (extrínseca, intrínseca o trascendente) que ocasiona²⁰.

Por todo lo anterior, nos propusimos conocer la incidencia de actos violentos sobre los médicos de familia, identificando las causas asociadas a ella con

objeto de definir el perfil del médico agredido y del paciente agresor en el ámbito de la atención primaria, estudiar la relación entre violencia y *burnout* y conocer las consecuencias asociadas a la violencia sobre el médico de familia y el sistema público de salud, especialmente en lo referente a la desmotivación y el tipo de desmotivación que ocasiona.

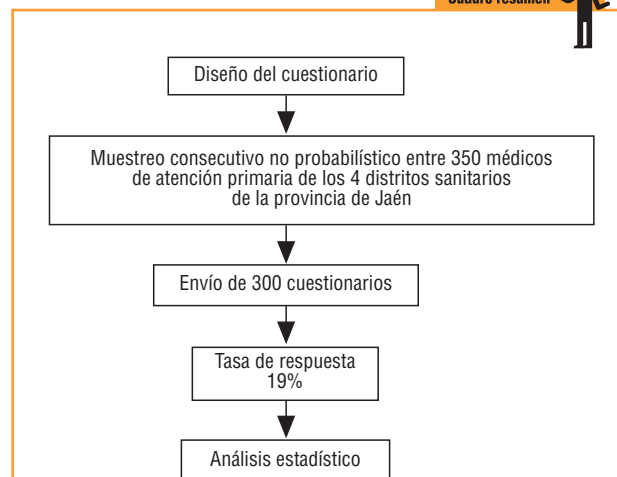
Material y métodos

Estudio transversal descriptivo en el ámbito de la atención primaria sobre médicos pertenecientes a 4 distritos sanitarios de la provincia de Jaén, llevado a cabo durante el primer trimestre del año 2003.

Se realizó un muestreo consecutivo no probabilístico sobre un total de 350 médicos de atención primaria de la provincia y se enviaron 300 encuestas. Se estimó una participación del 20% para una prevalencia esperada de agresiones en el último año entre el 35 y el 60%, con una diferencia de ± 10 y un nivel de confianza del 95%. Las encuestas se administraron mediante correo interno, con una presentación preliminar en la que se invitaba a dar respuesta a un cuestionario para conocer la situación genérica de la violencia en el ámbito provincial.

Dicha encuesta incluía un cuestionario general de elaboración propia sobre datos de filiación y laborales, además de un cuestionario de opinión diseñado *ad hoc* con una escala de puntuación sobre formas más frecuentes de violencia en el medio laboral, antecedentes personales de violencia y clase de violencia sufrida en el último año (sí/no), escala dicotómica sobre responsabilidad atribuida en la misma (mínima/máxima), escala dicotómica de

Material y métodos Cuadro resumen



Esquema general del estudio

Estudio descriptivo, transversal, mediante cuestionario autocumplimentado, diseñado para medir la frecuencia de la violencia, las formas, causas, consecuencias y relación con la motivación profesional en los médicos de atención primaria.

TABLA 1
Características sociolaborales de los médicos que respondieron a la encuesta

Edad: 35-44 años	45,6%
Varones	67,2%
Casados	76,5%
≥ 2 hijos	63,2%
Ámbito urbano	67,6%
Exclusividad	91,9%
Relación laboral	
Funcionario/estatutario	38,2%
Interino	27,9%
Eventual	19,1%
Antigüedad > 10 años	63,2%
Guardias	86,8%
Gestión por unidad clínica	67,6%

opinión (nada/poco importante frente a importante/muy importante) sobre causas de violencia, escala dicotómica de opinión (nada/poco importante frente a importante/muy importante) sobre causas de *burnout*, y temor a la desmotivación y otras consecuencias de la violencia, tanto en el ejercicio profesional (consecuencias laborales: irritabilidad/inestabilidad emocional, actitudes defensivas, absentismo, miedo, deslealtad, abandono del ejercicio de la autoridad profesional y desprecio por el entorno) como al margen de dicho ejercicio (consecuencias extralaborales: preocupación por el abandono de la profesión, repercusión familiar, baja autoestima o depresión, pérdida de respeto y de prestigio social, pérdida del trabajo, denuncia, expediente administrativo y hoja de reclamaciones). Se asumió arbitrariamente la repercusión en el ámbito laboral como representación del grado de satisfacción personal por el trabajo, es decir, de la motivación intrínseca, y la repercusión en el ámbito extralaboral como representación arbitraria del grado de satisfacción, especialmente afectiva, que las decisiones del trabajo tienen sobre otras personas, es decir, de la motivación trascendente. Se incluyeron en una escala de opinión tipo Likert preguntas sobre nivel de acuerdo en relación con el papel de la violencia en la salud del médico de familia, la actitud del Servicio Andaluz de Salud (SAS) y la preocupación de organizaciones profesionales (colegio de médicos, sindicatos y sociedades científicas).

En cuanto a la fiabilidad global del cuestionario, el alfa de Cronbach fue de 0,79, con una fiabilidad por dimensiones de 0,51 a 0,83. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS 6.1, y se llevaron a cabo un estudio descriptivo y un estudio analítico bivariado mediante aplicación de la prueba de la χ^2 y del test de Fisher en el caso de tablas de contingencia, con comparaciones de menos de 5 casos por casilla, siempre con valoración de la significación estadística de 2 colas, y análisis multivariante mediante regresión logística con el método de pasos adelante.

Resultados

Respondieron al cuestionario 68 médicos, mayoritariamente varones, de entre 35 y 45 años de edad, cuyas ca-

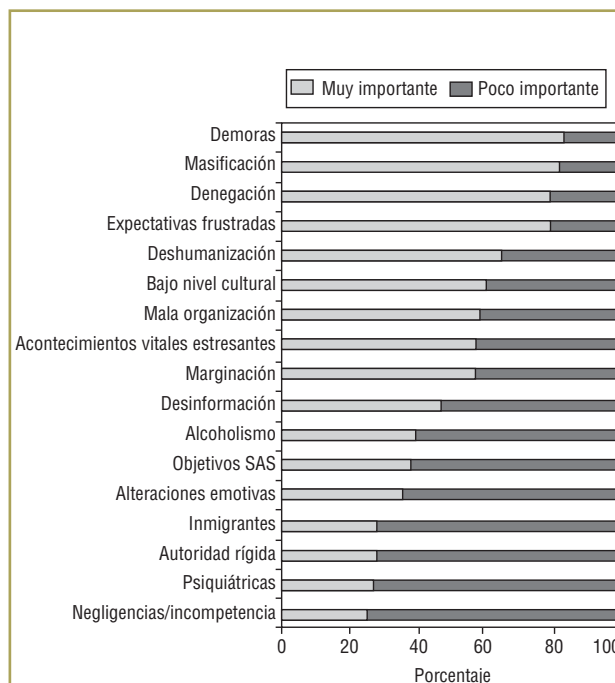


FIGURA 1

Importancia atribuida a las diferentes causas de violencia.

racterísticas se reflejan en la tabla 1. Por lo tanto, la tasa de respuestas fue del 19%.

Reconocieron haber sufrido alguna agresión durante el último año el 58% de los médicos, de los cuales el 85% sufrió abusos verbales, el 67,5% amenazas y el 12,5% agresiones físicas. La probabilidad de haber sido agredido fue mayor entre los médicos que atribuían al paciente la máxima responsabilidad de la violencia (*odds ratio* [OR] = 7,6; intervalo de confianza [IC] del 95%, 2,5-23) y realizaban guardias médicas (OR = 6,3; IC del 95%, 1,2-33), no estando asociada al resto de las condiciones sociolaborales analizadas. En caso de hacer guardias y pensar que la máxima responsabilidad de la violencia correspondía a los pacientes, la probabilidad de ser agredido fue aún mayor (OR = 7,8; IC del 95%, 2,3-26,7).

El 58% de las mujeres médicos de familia y el 67% de los médicos con menos de 10 años de antigüedad reconocieron haber sufrido violencia verbal, pero estos resultados no fueron estadísticamente significativos.

En la figura 1 se representan por orden de importancia atribuida las diferentes causas de violencia propuestas. De ellas, las que se consideraron más importantes fueron las demoras, la masificación, la denegación de peticiones y la frustración de expectativas. La probabilidad de haber sufrido una agresión fue similar entre los médicos independientemente de la importancia que atribuyesen a las dife-

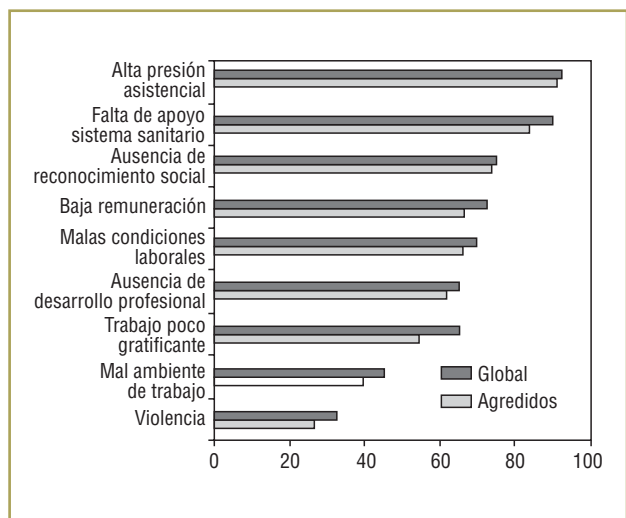


FIGURA 2 Importancia atribuida a las diferentes consecuencias que la violencia puede ocasionar en el médico de familia.

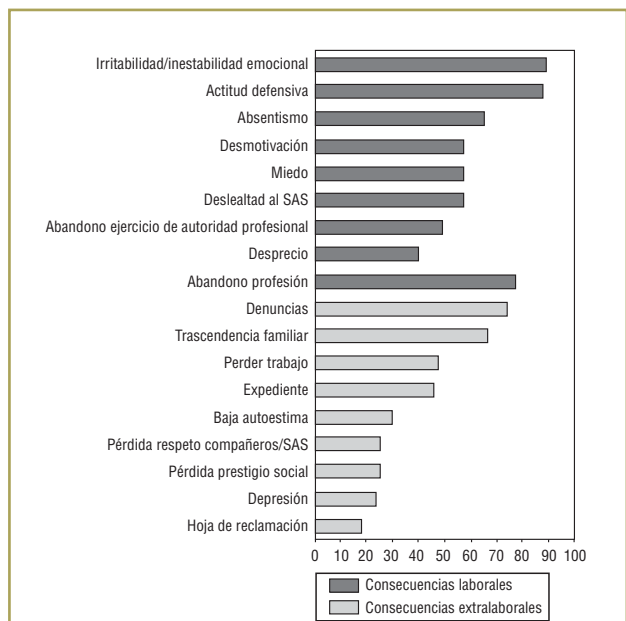


FIGURA 3 Importancia atribuida a las causas de *burnout* entre el conjunto de médicos y aquellos que habían sido agredidos.

rentes causas, excepto entre aquellos que juzgaban poco o nada importante la incompetencia como causa de violencia (OR = 5,2; IC del 95%, 1,6-17), poco/nada importante no ser rígido en el ejercicio profesional (OR = 3,5; IC del 95%, 1,2-10,7) y poco o nada importante manejar adecuadamente las alteraciones emotivas de los pacientes (OR = 3,2; IC del 95%, 1,1-9,2), en cuyo caso fue más

probable ser agredido. La asociación con la rigidez (OR = 4,0; IC del 95%, 1,2-13,6) y la incompetencia (OR = 6,0; IC del 95%, 1,7-21,4) fue aún mayor si se hacían guardias y se consideraba al paciente máximo responsable de la violencia.

En relación con la violencia como causa de *burnout*, ésta fue valorada por todos los médicos como la causa última y menos importante. Para los médicos que habían sufrido una agresión, la violencia también siguió siendo la causa menos importante. Las más importantes fueron, por este orden: la falta de tiempo adecuado por paciente, la falta de apoyo del SAS, la falta de reconocimiento social y la baja remuneración, sin que se modificase su importancia atribuida a pesar de haber sido agredido (fig. 2). Los médicos agredidos sólo dieron más importancia al trabajo poco gratificante (OR = 2,87; IC del 95%, 1,0-7,8) como causa de desgaste profesional; a continuación, las variables más próximas a la significación estadística fueron la falta de apoyo del SAS (p = 0,08), la violencia (p = 0,17) y la baja remuneración (p = 0,18).

Existió asociación casi significativa entre agresión y cambios en la salud percibidos por el médico, siendo mayor el reconocimiento de que la violencia afectaba seriamente a la salud entre aquellos que habían sufrido una agresión (OR = 2,6; IC del 95%, 0,9-7,4).

La única consecuencia que fue más valorada por los médicos agredidos fue el temor a la desmotivación (OR = 2,76; IC del 95%, 1,02-7,52), que se atribuyó a la violencia en el 24,6% de los casos (IC del 95%, 1,22-48%). No hubo diferencias significativas por ser o no agredido para el resto de las consecuencias, cuya importancia atribuida se refleja en la figura 3.

En relación con las consecuencias sobre el SAS, el hecho de ser agredido aumentó la probabilidad de asociarse a irritación contra el mismo por la ausencia de normativa contra la violencia hacia el médico de familia (OR = 2,76; IC del 95%, 1,01-7,52), a ser desleal (OR = 2,47; IC del 95%, 0,9-6,6) y a mayor *burnout* por falta de apoyo del SAS (OR = 3,0; IC del 95%, 0,8-11,5). No hubo diferencias en la valoración de la preocupación de las organizaciones profesionales tanto entre los médicos agredidos como entre los no agredidos.

Tras regresión logística las variables asociadas de modo independiente con la violencia hacia el médico de familia fueron atribuir al paciente la máxima responsabilidad de la violencia, minusvalorar la importancia de la competencia y temer más la desmotivación como consecuencia de ella. El hecho de tener presente la importancia de la competencia fue el factor que redujo más su probabilidad, y atribuir la responsabilidad al paciente fue el que más la aumentó (tabla 2).

El temor a la desmotivación se asoció con un mayor temor por las consecuencias extralaborales: la pérdida del prestigio social (p < 0,01), la baja autoestima (p < 0,01) y la depresión (p < 0,01), sin que existiera mayor repercusión en el

TABLA 2 Probabilidad de ser agredido. Resultados de la regresión logística

	OR (IC del 95%)	p	RPP	RPN	PPP
Percepción del paciente como máximo responsable de la violencia	10,5 (6,5-14,4)	< 0,001	3,15	0,41	81%
Minusvaloración de la importancia de la negligencia/incompetencia como causa de la violencia	11,2 (9,8-12,7)	< 0,01	1,53	0,29	68%
Asociación con desmotivación como consecuencia de la violencia	4,8 (3,5-6,1)	< 0,05	1,57	0,56	68%

OR: odds ratio; IC: intervalo de confianza; RPP: razón de probabilidad positiva; RPN: razón de probabilidad negativa; PPP: probabilidad positiva posttest.

resto de consecuencias extralaborales o laborales (tabla 3).

Discusión

En nuestro medio son escasos los estudios publicados sobre violencia hacia el médico de familia. En el medio hospitalario el perfil clásico de violencia se da en servicios de urgencias y psiquiatría, los agresores son toxicómanos, alcohólicos o pacientes psiquiátricos, y la violencia verbal es su forma más frecuente⁵.

Según nuestro estudio, con una tasa de respuestas del 19%, el porcentaje de médicos de familia agredidos fue del 58% (próximo al 63% citado en el medio anglosajón²). El 85% reconoció haber sufrido abuso verbal y el 67,5% amenazas (en el medio anglosajón los porcentajes son del 54 y el 28%, respectivamente²¹). Estos resultados son superiores al 33% de agresiones recogidas en Cataluña, en una encuesta que se realizó globalmente no sólo a médicos de atención primaria, sino también de hospitales, servicios de urgencias, centros geriátricos, centros de revisiones, laboratorios, medicina privada y unidades de valoración del daño corporal; la tasa de respuestas fue del 25%, sólo el 6% correspondió a atención primaria y fue llamativo el elevado porcentaje de agresiones físicas (28%), lo que puede limitar su validez a pesar de una selección muestral metodológicamente adecuada⁴. La baja tasa de respuestas de nuestro estudio, lejos aún del 25%, y la falta de un muestreo aleatorio y estratificado inducen a considerar los resultados con cautela y limitan la validez de los datos apor-

tados, toda vez que no representan adecuadamente la población de estudio y puede haberse tendido a sobrevalorar la violencia. Sin embargo, como citan Ness et al²¹, en el año 2000, transcurridos 9 años desde la publicación del estudio de Hobbs³, el porcentaje de médicos de familia o médicos residentes que sufrieron violencia verbal permaneció invariado, en torno al 50%, a pesar de mejorar la tasa de respuesta (del 40 al 83-91%)¹⁰, aunque sí descendió el porcentaje de agresiones físicas a lo largo del tiempo, debido posiblemente a un descenso real de esta forma de violencia o a la mejora de la tasa de respuestas (del 7,6 al 0,3%).

El presente estudio es limitado para valorar la relación entre violencia y *burnout* e insatisfacción laboral al no incluir nuestro cuestionario sistemas de medida como el Maslach Burnout Inventory o el cuestionario de Font-Roja. Se trata sólo de un estudio de opinión en relación con la importancia atribuida a distintas causas de desgaste profesional. La desconfianza, particularmente la del médico de familia hacia el paciente, parece ser el principio subyacente de una relación médico-paciente disfuncional, potencialmente lesiva para el médico, lo que hizo 10,5 veces más probable ser agredido cuando se atribuía al paciente la máxima responsabilidad de la violencia.

Aunque parece ser la falta de competencia del propio médico la causa última, quizá la mayoría de las veces debamos entender incompetencia como falta de competencia en comunicación asistencial más que como incompetencia en habilidades clínicas. La demora, principal causa de estrés para los médicos de familia en España (junto a la atención a urgencias)²², fue también en nuestro estudio la principal causa de la violencia atribuida por los médicos de familia, seguida de la masificación. Sin embargo, la probabilidad de ser agredido sólo fue mayor entre aquellos que no daban la importancia debida a aspectos referentes a la comunicación asistencial (especialmente si se hacían guardias). Asumiendo que la rigidez debe entenderse como denegación, especialmente en lo tocante a prescripciones o derivaciones¹³, el que un médico de familia que deniegue, según estos resultados, no sea más agredido pueda explicarse porque desarrolle técnicas de comunicación que le protejan de la agresión.

La masificación implica demora y ambas son para los médicos de familia las principales causas de violencia, posiblemente por perjuicio de la comunicación asistencial de-

TABLA 3 Consecuencias asociadas a la desmotivación, tanto en médicos agredidos como no agredidos

Consecuencias	Agredidos		No agredidos	
	OR (IC del 95%)	p	OR (IC del 95%)	p
Abandono profesión	8 (0,9-73)	0,06	8 (2-36)	< 0,01
Baja autoestima	NC	< 0,01	7 (2-26)	< 0,01
Pérdida de respeto	7 (0,8-62)	0,06	8 (2-40)	< 0,01
Pérdida de prestigio social	NC	< 0,01	19 (2-152)	< 0,001
Depresión	NC	< 0,01	17 (2-142)	< 0,001

OR: odds ratio; IC: intervalo de confianza; NC: no calculable; p: nivel de significación estadística con el test de Fisher de 2 colas.

Discusión
Cuadro resumen



Lo conocido sobre el tema

- El mayor porcentaje de actos violentos en el trabajo recae en los profesionales sanitarios. El perfil del agresor clásico se ajusta al del toxicómano, el alcohólico o el paciente psiquiátrico que es atendido en los servicios de urgencias con demora o simplemente no se le entiende.

Qué aporta este estudio

- La frecuencia de la violencia en la atención primaria es mayor de lo que indican los datos de la Organización Internacional del Trabajo. La violencia está relacionada con la masificación y el déficit de comunicación, por lo que cualquier usuario del sistema sanitario puede ser un agresor en potencia.
- La violencia se asocia con la desmotivación y el desgaste profesional. El papel que desempeña el sistema sanitario público en la violencia es muy importante y ésta tiene relación con el agotamiento y la deslealtad de los médicos de atención primaria que son agredidos.

bido a la falta de formación o insuficiente tiempo por paciente. Como reconoció la Conferencia Internacional de Comunicación y Salud de Barcelona 2000, no se puede apelar a la humanización de la medicina sin un apoyo institucional que contemple que las habilidades en comunicación influyen en la salud¹⁴, lo que supone reconocer al médico que para comunicar bien al principio se necesite más tiempo y a la larga se precise un esfuerzo importante en habilidades de comunicación para mantener este estándar si se pretende reducir el tiempo inicialmente empleado²³.

El perfil de médico agredido corresponde a un profesional que hace guardias, desconfía del paciente, piensa que éste no tolera la demora ni la frustración y no da la importancia debida a no ser rígido ni a mantener la competencia adecuada. El perfil del agresor, entendido así, podría corresponder a cualquier paciente en función de que concurren las siguientes circunstancias: problemas de comunicación asistencial (rigidez en el trato, manejo inadecuado de alteraciones emotivas), falta de tiempo (en la medida que genere demoras y perjudique la comunicación asistencial) e incompetencia. Estos datos corroboran la impresión general de que las causas de la violencia radican en la im-

posibilidad del sistema de ofrecer una asistencia óptima a los pacientes²⁴.

No hubo diferencias en la importancia y orden de las causas de *burnout*. La masificación fue la más valorada, y la violencia la que menos, tanto por médicos agredidos como no agredidos, lo que indica la importancia que pueda tener combatir la masificación, no sólo para luchar contra la violencia sino también para evitar el *burnout*.

En relación con el papel del SAS, según nuestros resultados, ser un médico agredido se asoció a dar más importancia a la falta de apoyo del mismo como causa de *burnout* ($p = 0,08$), a valorar más, a consecuencia de la violencia, la deslealtad al SAS ($p < 0,07$) y a considerar muy importante que el SAS no adopte medidas para paliar las causas y consecuencias de la violencia ($p < 0,05$). Sin embargo, ser agredido no se asoció a valorar más las actitudes defensivas o el abandono del ejercicio de la autoridad sanitaria a causa de la violencia. Por ello, aunque no podamos concluir, al ser un estudio metodológicamente limitado, que los médicos agredidos sean tan indolentes y defensivos como los no agredidos, o sean más desleales, estén más «quemados» o se sientan más desprotegidos por el SAS debido a la violencia, pudiera ser que el SAS fuese no sólo el principal agente implicado en su solución, sino que, además, al combatir la violencia contribuyese a prevenir el *burnout* y aumentase la lealtad de sus médicos.

El temor a la desmotivación (2,76 veces mayor) fue la única consecuencia laboral que, sin ser la más temida, se asoció de modo estadísticamente significativo a la agresión, siendo en el 24% de los casos atribuible a la violencia. Dadas las limitaciones metodológicas, no se puede concluir que los médicos agredidos estén desmotivados a causa de la violencia, pero se plantea la hipótesis, en caso de que llegase a ser cierto, de que la violencia podría ser un motivo muy importante de desmotivación.

Según nuestros resultados, todo hace pensar que *burnout* y violencia, aun siendo fenómenos distintos, precisan en lo fundamental de las mismas soluciones dirigidas a combatir la masificación y aumentar el tiempo por paciente, volver a ilusionar y amparar al médico y fomentar su competencia. Ello puede precisar matizaciones. El apoyo institucional y la mejora de la retribución económica, además de las mejoras de las condiciones de trabajo, del reconocimiento profesional y de la promoción de las competencias, se han propuesto como soluciones del *burnout*²⁵. En nuestro estudio, el médico agredido también valoró más —sin alcanzar la significación estadística, posiblemente debido a un tamaño muestral insuficiente— la baja remuneración y la falta de apoyo del SAS como causas de *burnout*, pero no otras causas, como pudieran ser la mejora del reconocimiento social y la ausencia de desarrollo profesional. Por tanto, si bien no se puede concluir, debido a limitaciones metodológicas, que por ser agredido o debido a la falta de apoyo del SAS el médico esté más «quemado», todo apunta a la posibilidad de que la actuación

del SAS quizá debiera ir dirigida, sobre todo, no al estímulo de la motivación intrínseca (ya que la falta de desarrollo profesional no fue más valorada por el médico agredido como causa de desgaste, lo que induce a pensar en la posibilidad de que el médico agredido mantenga aún la ilusión de poder poner en práctica todo su potencial profesional, en circunstancias favorables), sino quizá de la extrínseca, mejorando el vínculo económico, y sobre todo la motivación trascendente, dado que la preocupación por la desmotivación se asoció a un mayor temor por el desapego de la profesión, la pérdida del respeto de los pacientes (manifiesta como desconfianza y pérdida del prestigio social), de los propios compañeros y cargos del SAS y de presión.

Bibliografía

- Chappell D, Di Martino V. Violence at work [monografía en internet]. Disponible en: <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/violence/violwk/violwk.htm>
- Hobbs FD. Fear of aggression at work among general practitioners who have suffered a previous episode of aggression. *Br J Gen Pract.* 1994;44:390-4.
- Hobbs FD. Violence in general practice: a survey of general practitioners' views. *BMJ.* 1991;302:329-32.
- Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. Informe sobre la violència en el lloc de treball. L'experiència dels metges de Barcelona. Febrer de 2004 [monografía en internet]. Disponible en: <http://www.comb.es/cat/passeig/noticies/seguretat/enquestaviolencia/Informeviolenciatreball.pdf>
- Núñez MR, Zubillaga G. Violencia en el hospital. *Med Clin (Barc).* 1999;113:79.
- OMC. Agresiones en el ejercicio de la profesión. Conclusiones Asamblea OMC 11-10-2003 [monografía en internet]. Disponible en: <http://www.comcuenca.org/REVISTA/BOL57/PAIME.pdf>
- Colegio Oficial de Médicos de Córdoba. Abordaje integral de las agresiones al personal sanitario [monografía en internet]. Disponible en: <http://www.comcordoba.org/ficheros/docs/Agresiones.doc>
- Consell de Col·legis de Metges de Catalunya. Guia per prevenir i gestionar la violència en el lloc de treball contra els metges [monografía en internet]. Disponible en: http://www.comb.es/cat/serveis_profes/publicacions/bonapraxi/praxi17.pdf
- Fernández C. Los médicos catalanes contratan una póliza contra las agresiones [artículo en internet]. Disponible en: <http://www.diariomedico.com/edicion/noticia/0,2458,473534,00.html>
- Cook DJ, Liutkus J, Risdon CL, Griffith LE, Guyatt GH, Walter SD. Residents' experiences of abuse, discrimination and sexual harassment during residency training. *McMaster University Residency Training Programs. CMAJ.* 1996;154:1705-8.
- McNamara RM, Whitley TW, Sanders AB, Andrew LB. The extent and effects of abuse and harassment of emergency medicine residents. The SAEM In-Service Survey Task Force. *Acad Emerg Med.* 1995;2:293-301.
- Epstein RM, Borrell F. Puder, honour, and authority: the evolving patient-physician relationship in Spain. *Patient Educ Couns.* 2001;45:51-7.
- Carter YH, Skelton JR, Kenkre JE, Hobbs FD. Analysis of primary care staff language about aggression at work using concordancing techniques to identify themes *Fam Pract.* 1997;14:136-41.
- Borrell F, Epstein RM. La Conferencia Internacional de Comunicación y Salud de Barcelona 2000. Un paso más en la dirección correcta. *Aten Primaria.* 2001;27:449-51.
- Hobbs FD. General practitioners' changes to practice due to aggression at work. *Fam Pract.* 1994;11:75-9.
- Chambers R, Belcher J. Comparison of the health and lifestyle of general practitioners and teachers. *Br J Gen Pract.* 1993;43:378-82.
- Molina A, García MA, Alonso M, Cecilia P. Prevalencia de desgaste profesional y psicopatología en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. *Aten Primaria.* 2003;31:564-71.
- Sobreques J, Cebrià J, Segura J, Rodríguez C, García M, Juncosa S. La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria.* 2003;31:227-33.
- Prieto L, Robles E, Salazar LM, Daniel E. Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. *Aten Primaria.* 2002;29:294-302.
- Simó J, Chinchilla N. Motivación y médicos de familia II. *Aten Primaria.* 2001;28:668-73.
- Ness GJ, House A, Ness AR. Aggression and violent behaviour in general practice: population based survey in the north of England. *BMJ.* 2000;320:1447-8.
- Mira JJ, Vitaller J, Buil JA, Aranz J, Rodríguez-Marín J. Satisfacción y estrés laboral en médicos generalistas del sistema público de salud. *Aten Primaria.* 1994;14:1135-40.
- Epstein R. Comunicación, burnout y resultados clínicos: más preguntas que respuestas. *Aten Primaria.* 2001;27:511-3.
- Vaquero L. La violencia contra los profesionales, otro mal para el SNS. *El Médico.* 2003;852:28-39.
- Martínez de la Casa A, Del Castillo C, Magana E, Bru I, Franco A, Segura A. Estudio sobre la prevalencia del burnout en los médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina. *Aten Primaria.* 2003;32:343-8.